

AFRICAN UNION
الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE
UNIÃO AFRICANA

Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Tele: +251-115 517 700
Fax: +251-11-5 517844 Website: www.africa-union.org

CONSELHO EXECUTIVO
Vigésima Primeira Sessão Ordinária
9 - 13 de Julho 2012
Adis Abeba,, Etiópia

EX.CL/737(XXI)
Original: Inglês

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES DA COMISSÃO SOBRE A À SAÚDE
MATERNA, NEONATAL E INFANTIL

Tabela de Conteúdos

Lista dos Acrónimos e Abreviações	3
Preâmbulo	4
Sumário Executivo	5
Contexto	7
Saúde Infantil.....	8
Mortalidade das crianças menores de 5 anos de idade	9
Mortalidade neonatal.....	9
A subnutrição infantil e a fome	10
Vacinação infantil	11
• Figura 1: Tendências históricas na cobertura da vacina Tríplice (DTP) por Região OMS	13
• Figura 2: A incidência das doenças evitáveis por vacinação em África	14
Situação do VIH Pediátrico	15
• Figura 3: Crianças menores de 15 anos de idade, vivendo com o VIH no mundo, 2010	15
Prevenção da transmissão de mãe para filho	16
• Figura 4: Cadeia típica da prevenção da transmissão de mãe para filho	16
Diagnóstico precoce da Criança.....	17
Cuidados pediátricos e tratamento	18
• Figura 5: Percentagem de crianças menores de 15 anos de idade e que recebem o tratamento anti-retroviral, 2010	18
Início do tratamento anti-retroviral para as crianças infectadas e Permanência no tratamento	19
Situação da Saúde Reprodutiva (e Materna)	19
Níveis e Tendências em matéria de Mortes Maternas	20
• Figura 6: Progresso rumo à redução da taxa de mortalidade materna: 1990-2008, Região da África Oriental	21
Causas das mortes maternas	22
Morbilidade Materna	22
Disponibilidade de parteiras qualificadas	23
Cuidados Pré-natais.....	24
Tratando dos Abortos inseguros.....	25
Melhorando o acesso ao e a adopção de medidas de Planeamento Familiar	25
Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes	27
Integração da saúde sexual e do VIH	27
Financiamento da Saúde.....	28
Recomendações.....	30
Referências Bibliográficas	34

Lista dos Acrónimos e Abreviações

ANC - Cuidados pré-natais	(CPN)
ART – Anti-retroviral	
ARV – Anti-retroviral	
AUC - Comissão da União Africana	(CUA)
CARMMA - Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil	
CPRs - Taxa de prevalência do uso de contraceptivos	(TPUC)
DPT – Difteria, Coqueluche e Tétano	(DTP)
EAC – Comunidade da África Oriental	(CAO)
ECOWAS - Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental	(CEDEAO)
EID – Diagnóstico precoce da criança	(DPC)
EPI – Índice de desempenho ambiental	
FGM - Mutilação Genital Feminina	(MGF)
FP – Planeamento familiar	(PF)
HIV – Vírus da imunodeficiência humana	(VIH)
HPV - Vírus do papiloma humano	(VPH)
ICPD – Conferência internacional sobre a população e o desenvolvimento	(CIPD)
MDGs – Objectivos de desenvolvimento do milénio	(ODM)
MMR – Taxa de mortalidade materna	(TMM)
MNCH – Saúde Materna, Neonatal e Infantil	
MPoA – Plano de Acção de Maputo	
M&E – Monitorização & Avaliação	(M&A)
PMTCT – Prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho	(PTMF)
SRH – Saúde sexual e reprodutiva	(SSR)
SRHR – Direitos e Saúde sexual e reprodutiva	(DSSR)
SADC - Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral	
RECs – Comunidades económicas regionais	(CER)
SBA – Parteiras qualificadas	
SIA – Actividades de vacinação suplementares	(AVS)
UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a População	(FNUAP)
UNGASS – Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas	
WHO – Organização mundial da saúde	(OMS)

Preâmbulo

Apesar dos progressos registados, a África ainda é confrontada a terríveis desafios enquanto o continente luta para atingir os ODM, especialmente os de número 4 e 5, até o ano de 2015. O progresso substancial feito na maioria dos Estados-membros da União Africana quanto às melhorias em termos de Saúde Materna, Neonatal e Infantil é a prova clara de que os factores que escoram os ditos desafios são conhecidos, bem como as intervenções a serem realizadas como contra medidas. O que resta é a intenção política de galvanizar os nossos esforços em prol de um empurrão contínuo e acelerado na direcção certa.

O Quadro Continental de Políticas para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos e o Plano de Acção de Maputo para a sua implementação, continuam sendo as ferramentas chave para que os ODM 4 e 5 possam ser alcançados. A Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil em África (CARMMMA, sigla em inglês) serve de plataforma de sensibilização essencial em prol das melhorias na saúde Materna, Neonatal e Infantil em África. A CARMMMA animou uma apropriação nacional significativa, tendo sido lançada por 37 Estados-membros da UA. Nós esperamos sinceramente que, dentro dos próximos dezoito (18) meses, todos os Estados-membros da UA terão lançado a CARMMMA com sucesso.

As questões relacionadas à Saúde Materna, Neonatal e Infantil também atraíram a atenção dos Chefes de Estado e do Governo da UA, os quais, após a cimeira de Kampala, em 2010 (tema: Saúde Materna, Neonatal e Infantil), identificaram as principais acções a serem executadas, incluindo a directiva de que a situação da Saúde Materna, Neonatal e Infantil em África deve ser relatada anualmente, até o ano de 2015, correspondendo ao prazo para a consecução dos ODM.

Esse primeiro relatório busca, dessa forma, facilitar a apresentação do progresso feito até agora, salientando os desafios persistentes e recomendando uma acção paliativa.

A África, através do CARMMMA, também promove o reconhecimento de que a prevenção da mortalidade e da morbilidade são questões preocupantes de direitos humanos que violam os direitos da mulher à vida, à saúde, à educação, à dignidade e à informação. A nossa resposta à morbilidade e à mortalidade maternas deve incluir a implementação de obrigações específicas, legais e éticas aos Estados-membros, tais como o estabelecimento de mecanismos eficazes de responsabilidade (como auditorias ou revisões sobre a morte materna). A monitorização das nossas intervenções deve não somente discutir valores como também, e principalmente, perceber que há vidas e pessoas por trás de tais números. Nós devemos reforçar a equidade, insistindo nos dados desagregados acerca das taxas de morbilidade e de mortalidade maternas, para verificar se os grupos vulneráveis estão beneficiando dos programas de saúde.

EX.CL/737 (XXI)
(iv)

Eu desejo agradecer a todos os parceiros de desenvolvimento que continuaram a apoiar os programas e intervenções para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil no continente, especialmente aqueles que contribuíram com o desenvolvimento deste Relatório.

A morbilidade e a mortalidade Materna, Neonatal e Infantil estão limitando o desenvolvimento da África. Vamos agir desde já em prol das melhorias em termos de Saúde Materna, Neonatal e Infantil em África. Espero poder ver logo o dia em que *Nenhuma mulher em África morrerá ao dar à luz!* e nenhuma criança morrerá de fome, de doenças ou devido à negligência.

S.Ex^a, a Advogada Bience Gawanas
Comissária responsável pelos assuntos sociais
Comissão da União Africana

Sumário Executivo

As melhorias no estado da Saúde Materna, Neonatal e Infantil em África, apesar dos esforços registados, ainda estão longe das metas fixadas pelos Objectivos de desenvolvimento do milénio (ODM). A liderança continental e nacional expressou, inúmeras vezes, o seu compromisso em implementar políticas e programas destinados a tratar dos desafios identificados e facilitar as mudanças positivas deste quadro.

A Cimeira dos Chefes de Estado e do Governo da UA em Kampala, no ano de 2010, adoptou acções chave para melhorar a Saúde Materna, Neonatal e Infantil e estabeleceu, dentre outras coisas, que relatórios anuais sobre a situação da Saúde Materna, Neonatal e Infantil devem ser enviados anualmente à Assembleia. A Comissão da União Africana (CUA) continuou a promover a implementação do Quadro Político Continental para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos, bem como o Plano de Acção de Maputo (MPoA, sigla em inglês) para a sua implementação. A Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil em África (CARMMA, sigla em inglês) continuou a ser adoptada, lançada e implementada pelos Estados-membros. O número total de Estados-membros que lançaram a campanha se eleva a 37, ultrapassando as metas estabelecidas de 7 Estados-membros por ano, em 2009.

Contudo, o continente continua ter a maior proporção de mortes crianças menores de 5 anos de idade, com 1 em cada 8 crianças que morrem antes do seu 5º aniversário, e isto apesar dos progressos registados. A subnutrição, a fome e a mortalidade devida a doenças evitáveis continuam sendo um desafio, não somente para o estado da saúde (especialmente a das crianças) como também para o desenvolvimento dos Estados-membros e do continente como um todo. O estado de imunização no continente registou progressos significativos, com uma queda de 85% das mortes provocadas pelo sarampo entre os anos de 2001 e 2010, especificamente nas regiões situadas fora da África do Norte, ainda que as rupturas de stock das vacinas de rotina nos países chave, em 2011, ameacem reverter os resultados obtidos.

O desejo político elevado e o investimento nacional são necessários para dinamizar a cobertura da vacinação em África. Enquanto a cobertura da vacinação em África atingiu o seu mais alto patamar na história, o peso da incidência das mortes ocasionadas por doenças evitáveis por meio da vacinação é suportado pela maioria do continente Africano, representado cerca da metade do fardo mundial. Todos os anos, milhões de crianças em África morrem de doenças evitáveis por não terem acesso às vacinas vitais para o combate das doenças infantis mais devastadoras, incluindo as vacinas pentavalente, pneumocócica e contra a meningite. A vacinação é um dos mais importantes investimentos na saúde da população e das crianças em África, permitindo-lhes viver vidas produtivas, prósperas e saudáveis.

A África ainda é palco de uma grande proporção de crianças e mulheres em idade reprodutiva/grávidas e que são seropositivas. Todavia, o acesso aos serviços de Prevenção da Transmissão de Mãe para filho (PMTCT, sigla em inglês) é inferior a 50% da média para os países prioritários no continente, enquanto o acesso aos serviços de iniciação do tratamento anti-retroviral é relatado a 26% (2009). Isto mostra que a África é não somente o continente com a maior incidência de doenças, como também o que

possui as maiores lacunas relativas ao acesso à assistência médica para o tratamento das mesmas.

As mortes maternas foram também globalmente reduzidas no continente Africano, mas não suficientemente para que houvesse um verdadeiro avanço em direcção às metas fixadas pelos ODM. O acesso aos e o uso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, tais como o planeamento familiar, os cuidados pré-natais e o parto assistido, ainda são baixos. A integração dos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva e de VIH ainda é muito fraca no continente, perdendo-se os benefícios que poderiam ser alcançados por meio da adequada constelação de tais serviços.

A alocação de recursos para o sector da saúde ainda é inadequada para que se possa facilitar a prestação de serviços de qualidade que, entre outras coisas, seriam capazes de promover a qualidade da saúde, a qual é fundamental ao desenvolvimento do capital humano, crítico e necessário à estimulação do desenvolvimento económico.

A pobreza dos elos e da colaboração entre os ministérios da saúde e os determinantes sociais, tais como o ministério dos recursos hídricos, do ambiente e da agricultura, é um factor crucial que, se não for tratado, enfraquecerá o progresso da África rumo à consecução das metas fixadas pelos ODM e aumentará as mortes de mulheres e crianças causadas por doenças evitáveis. Os determinantes sociais, como a potabilidade da água, enquanto não forem cobertos pelo orçamento da saúde, impactá-la-ão profundamente. A sinergia e a colaboração entre estes ministérios maximizarão os recursos disponíveis, fornecendo, assim, melhores condições de saúde à população, principalmente à população em risco, às mulheres e às crianças que vivem em comunidades rurais, onde tais serviços são ainda mais ausentes.

Passos concretos devem ser tomados a partir de agora para aumentar as intervenções fundamentadas e rentáveis que já demonstraram a sua eficácia. O sector da saúde deve ser financiado adequadamente por todos os Estados-membros da UA como um verdadeiro sector fundamental ao bom funcionamento do sistema socioeconómico e ao desenvolvimento humano.

Contexto

No mundo inteiro, mais de meio milhão de mulheres morrem todos os dias devido a complicações relacionadas à gravidez ou ao parto. Noventa e nove (99) por cento destas mortes ocorrem em África (especialmente fora da região Norte Africana). Para cada morte, ao menos 20 outras mulheres sofrem de doenças ou lesões relacionadas ao parto ou à gravidez. O risco permanente de morte durante a gravidez ou o parto em África (excluindo a África do Norte) é de 1 em cada 22 mulheres, comparado com cerca de 1 em cada 8000 mulheres nos países desenvolvidos. Oitenta por cento (80%) destas mortes poderiam ser evitadas com tratamentos simples e de baixo custo, bem como com as assistências médica e obstétrica de qualidade.

A Comissão da União Africana (CUA) reconhece amplamente que a situação da mulher, da qual a saúde materna é um potente indicador de proximidade, é um elemento central para o desenvolvimento social e humano, um determinante chave do crescimento económico e do desenvolvimento equitativo e contínuo. A CUA acredita que o crescimento económico contínuo, a paz e a estabilidade não serão possíveis sem que se trate das persistentes desigualdades entre os géneros, da exclusão social e dos maus prognósticos de saúde no continente.

O Quadro Político Continental para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos foi adoptado pela UA sob a decisão de nº *EX.CL/225 (VIII)*, em 2005, em resposta ao apelo em prol da redução da morbilidade e da mortalidade materno-infantil em África. O seu desenvolvimento tomara a contribuição da África na implementação dos Programas de Acção da Conferência internacional sobre a população e o desenvolvimento, a saúde reprodutiva e os direitos sexuais das mulheres e dos homens como objectivos prioritários da CIPD. Ademais, o Quadro Político Continental para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos tem como objectivo acelerar a acção de implementação dos ODM, principalmente os ligados à saúde, incluindo os de nº 4, 5, e 6. Em 2006, a UA, nos termos da declaração do Conselho Executivo de nº *EX.CL/Dec.516 (XV)*, adoptou o Plano de Acção de Maputo (MPoA, em inglês) para a implementação do Quadro Político Continental para a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Após uma análise bem-sucedida acerca da implementação do MPoA em 2010, a 15ª Sessão da Assembleia Ordinária da UA, cuja Cimeira fora realizada em Kampala, mandou a CUA (nos termos da declaração Assembly/AU/Decl.1{XV}) para relatar anualmente a situação da Saúde Materna, Neonatal e Infantil em África até o ano de 2015.

Com referência ao exposto, a CUA, em colaboração com parceiros, desenvolveu este 1º relatório acerca da situação da Saúde Materna, Neonatal e Infantil em África.

Saúde Infantil

- Progressos substanciais foram realizados rumo à consecução do ODM 4. O número de mortes de crianças menores de 5 anos de idade no mundo diminuiu de mais de 12 milhões, em 1990, para 7,6 milhões, em 2010. Aproximadamente 21.000 crianças abaixo de 5 anos de idade morreram todos os dias do ano de 2010 – ou seja, cerca de 12000 mortes de crianças a menos, diariamente, em comparação ao ano de 1990.
- A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade diminuiu, mundialmente, em 35% - de 88 mortes por 1.000 nados vivos, em 1990, para 57, em 2010. A África do Norte reduziu a sua taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade em 67%; contudo, essa diminuição ainda é insuficiente para que o resto da África possa alcançar o ODM 4.

- A África (excepto a África do Norte) ainda regista as maiores taxas de mortalidade infantil – 1 em cada 8 crianças morre antes do seu 5º aniversário, ou seja, uma média mais de 17 vezes maior, quando comparada às regiões desenvolvidas (1 em cada 143) – bem como o Sul da Ásia (1 em cada 15). Enquanto houve um real progresso global quanto à redução da mortalidade das crianças menores de 5 anos de idade, a disparidade entre a África e as demais regiões foi, conseqüentemente, ampliada.
- Em África (exceptuando a África do Norte), a taxa anual média da redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade acelerou, tendo sido dobrada entre os períodos de 1990-2000 e 2000-2010. Seis Estados-membros (República Democrática do Congo, Madagáscar, Nigéria, Malawi, Libéria e Serra Leoa) dos catorze países que obtiveram os melhores resultados encontram-se nessa região, bem como quatro dos cinco países com o maior número de reduções absolutas (mais de 100 mortes por 1.000 nascimentos de bebés vivos).
- Cerca da metade (50%) das mortes de crianças menores de cinco anos de idade ocorre em apenas cinco países, dos quais dois são Estados-membros da UA: a Nigéria e a República Democrática do Congo.
- Mais de 70% das mortes de crianças menores de cinco anos de idade ocorre durante o primeiro ano de vida, tendo a proporção de mortes durante o primeiro mês de vida (o período neonatal) aumentado de 10%, desde 1990, para mais de 40%.
- A África (excepto a África do Norte) regista os maiores riscos de mortes durante o primeiro mês de vida e os menores progressos neste sentido.
- Globalmente, as quatro maiores causas de morte de crianças menores de 5 anos de idade são a pneumonia (18%), a diarreia (15%), complicações relacionadas ao parto prematuro (12%) e a asfixia perinatal (9%). A subnutrição é uma causa subjacente em mais de um terço das mortes de crianças menores de cinco anos de idade. A malária ainda é uma das maiores causas de morte em África, ocasionando cerca de 16% das mortes de crianças menores de cinco anos de idade.

Mortalidade das crianças menores de 5 anos de idade

As estatísticas actuais em matéria de mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade apresentam uma redução de 35% da taxa global; ou seja, de 88 mortes em cada 1.000 nados vivos, em 1990, para 57, em 2010. No mesmo período, o número total de mortes de crianças menores de cinco anos de idade no mundo diminuiu de mais de 12 milhões, em 1990, para 7,6 milhões, em 2010.

A África do Norte alcançou o ODM 4 com uma redução de 67% da mortalidade das crianças menores de cinco anos de idade, enquanto o resto da África alcançou uma redução de apenas cerca de 30%, ou seja, menos da metade necessária para atingir o ODM 4. Não obstante, o resto da África (exceptuando a África do Norte) conseguiu dobrar a sua taxa média de redução de 1,2% ao ano, durante o período 1990-2000, para

2,4% ao ano, durante o período 2000-2010. Contudo, 24 dos 26 países do mundo com taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade superiores a 100 mortes por 1.000 nados vivos, em 2010, encontram-se nesta região. Cerca de 70% das mortes de crianças menores de cinco anos de idade no ano de 2010 ocorreu em apenas 15 países, e cerca da metade, em apenas cinco, incluindo a Nigéria e a República Democrática do Congo.

O Madagáscar é o único dos catorze países que reduziu a sua taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade ao menos pela metade entre os anos de 1990 e 2010. Em termos absolutos, as melhores reduções no continente foram registadas em Nigéria, Malawi, Libéria e Serra Leoa (ultrapassando 100 mortes em cada 1.000 nados vivos durante o período). Além disso, em África (exceptuando a África do Norte), a redução da taxa de mortalidade dobrou na região com o maior índice de mortalidade das crianças menores de cinco anos de idade.

Apesar dos progressos substanciais quanto à redução das mortes de crianças menores de cinco anos de idade, as crianças das famílias mais pobres e que vivem em zonas rurais ainda são desproporcionadamente atingidas. As estatísticas indicam que as crianças que vivem nas zonas rurais têm cerca de 1,7 vezes mais probabilidades de morrerem antes do seu 5º aniversário, comparadas àquelas que vivem nas zonas urbanas; e que as crianças oriundas de famílias mais pobres têm duas vezes mais probabilidades de morrer antes do seu 5º aniversário, comparadas àquelas oriundas de famílias mais ricas. Similarmente, a educação das mães continua sendo um poderoso factor determinante de desigualdade. As crianças cujas mães tiveram acesso à educação – mesmo as que possuem apenas o nível do ensino primário – têm mais probabilidades de sobreviver, comparadas àquelas cujas mães não tiveram acesso à educação.

Mortalidade Neonatal

A mortalidade neonatal e as mortes durante o primeiro mês de vida são factores de grande interesse, pois as intervenções de saúde necessárias para tratar das principais causas de mortalidade neonatal diferem, geralmente, das necessárias para tratar da mortalidade das crianças menores de 5 anos de idade.

Durante as duas últimas décadas, quase todas as regiões haviam registado uma menor redução da mortalidade neonatal comparada à redução da mortalidade das crianças menores de 5 anos de idade. Globalmente, a mortalidade neonatal diminuiu em apenas 28%, ou seja, de 32 mortes em cada 1.000 nados vivos, em 1990, para 23, em 2010 – uma média de 1,7% ao ano, a qual é bem inferior à registada quanto à mortalidade das crianças menores de cinco anos de idade (2,2% ao ano) e à mortalidade materna (2,3% ao ano). A redução mais rápida ocorreu na África do Norte (55%), enquanto o resto da África registou os índices mais baixos de redução.

Entre os anos 1990-2010, a taxa de mortes neonatais, dentre as mortes de crianças menores de 5 anos de idade, aumentou de cerca de 37% para um pouco mais de 40% no mundo inteiro. Os maiores aumentos foram, mais uma vez, registados na África do Norte (37%). O resto da África, responsável por mais de um terço da taxa global de mortes neonatais, registou a taxa de mortalidade neonatal (35 mortes por 1.000 nados

vivos em 2010) mais elevada e mostrou os menores progressos neste sentido durante as duas últimas décadas.

A Subnutrição infantil e a Fome

Os líderes mundiais vêm enfrentando e tratando de uma crise económica após a outra, enquanto, infelizmente, a crise de fome e de subnutrição, que atinge milhões de crianças, parece não estar recebendo a devida atenção. Enquanto a comunidade mundial vem vivendo anos de agitação financeira, a má nutrição omnipresente e de longa data vem lentamente corroendo a economia mundial, pois acaba por destruir o potencial de vida de milhões de crianças.

A má nutrição é uma causa subjacente da morte de 2,6 milhões de crianças todos os anos, além de deixar milhões de outras crianças com sequelas físicas e mentais permanentes. No mundo inteiro, mais de 170 milhões de crianças não têm a oportunidade de alcançar o seu pleno potencial devido à má nutrição durante os primeiros meses de vida.

Uma grande parte do futuro de uma criança – e da nação – é determinada pela qualidade da sua alimentação durante os primeiros 1.000 dias de vida. O período que compreende o início da gravidez até o segundo aniversário da criança é crítico, pois é durante este período que o cérebro e o corpo da criança se desenvolvem mais rapidamente, sendo a boa nutrição essencial para um futuro sadio e produtivo.

Se as crianças não receberem os nutrientes necessários durante este período, os danos ocasionados são quase sempre irreversíveis. A

Estatísticas vitais

A má nutrição é a causa subjacente da morte de 2,6 milhões de crianças todos os anos.

171 milhões de crianças – 27 por cento de todas as crianças no mundo – são desnutridas, ou seja, os seus corpos e mentes sofreram danos permanentes e irreversíveis devidos à má nutrição.

Os adultos que foram subalimentados quando crianças ganham cerca de 20 por cento a menos do que os que não o foram.

Os efeitos da má nutrição nos países em desenvolvimento podem ser traduzidos em perdas anuais de até 2-3 por cento do PIB.

Globalmente, o custo directo da má nutrição é calculado em \$20 a \$30 bilhões por ano.

Nos países em desenvolvimento, as crianças que foram aleitadas têm 6 vezes mais probabilidades de sobreviverem nos primeiros meses de vida do que as que não o foram.

Se todas as crianças nos países em desenvolvimento recebessem a alimentação complementar adequada, os índices de desnutrição na idade de 12 meses seriam reduzidos em 20%.

A cada hora de cada dia, 300 crianças morrem devido à má nutrição. Esta é uma causa subjacente da morte de mais de um terço de crianças – 2,6 milhões todos os anos. Mas tal facto não é registado nas certidões de óbito e, conseqüentemente, o problema não pode ser tratado adequadamente.

subnutrição infantil pode acarretar a diminuição da produtividade – as crianças desnutridas têm a probabilidade de ganhar 20% a menos quando tornarem-se adultas.

Os progressos realizados quanto à redução da subnutrição têm sido ínfimos nos últimos 20 anos. Mas uma combinação de tendências globais – mudança de clima, volatilidade dos preços dos alimentos, insegurança económica e alterações demográficas – está a pôr em risco os progressos futuros para o combate à má nutrição.

Dados recentes enfatizam a afirmação de que **a subnutrição é uma crise que deve ser tratada imediatamente**. A prevalência da desnutrição é inaceitavelmente alta, mesmo em países que estão progredindo quanto à redução da mortalidade infantil. Tratar da subnutrição infantil deve ser uma prioridade para todos os governos e seus parceiros, especialmente no que diz respeito às crianças de menos de dois anos de idade.

Os maiores défices existentes são registados nos Estados-membros da UA que vivem uma crise política. A crise do Corno de África continua a enfatizar o quão vulneráveis são as crianças em tais desastres, os quais contribuem com a lentidão do progresso e a reversão dos resultados obtidos inerentes à sobrevivência infantil e à saúde materna. A crise alimentar está, actualmente, se alastrando no Sahel, ameaçando a sobrevivência de crianças e mulheres já enfraquecidos pela má nutrição, resultante das secas frequentes na região.

As estatísticas actuais reflectem as seguintes tendências:

- 1) As crianças, num alarmante número de países, não estão recebendo a nutrição adequada durante os seus primeiros dias de vida.** O Malawi e o Madagáscar são os dois primeiros Estados-membros da UA onde a maioria das crianças abaixo de 2 anos de idade estão sendo alimentadas de acordo com os padrões recomendados.
- 2) O crescimento económico não é suficiente para lutar contra a má nutrição.** A vontade política assim como a elaboração de estratégias eficazes, são necessárias para reduzir a má nutrição e prevenir a desnutrição. Muitos países relativamente pobres estão realizando um trabalho formidável para lutar contra esse problema, enquanto outros países com maiores recursos não estão se esforçando o suficiente. Os países que apresentam os melhores resultados em termos de nutrição infantil do que a sua riqueza nacional, podem sugerir a inclusão do Senegal e da Tunísia
- 3) Os trabalhadores comunitários da saúde são a chave para o sucesso.** Os trabalhadores comunitários da saúde desempenham um papel importante na promoção da boa nutrição durante os 1.000 primeiros dias de vida. Nas comunidades pobres dos países em desenvolvimento, onde a má nutrição é mais comum, médicos e hospitais estão quase sempre indisponíveis, situam-se muito longe ou são muito caros. Os trabalhadores comunitários da saúde vêm ao encontro das necessidades críticas nestas comunidades, examinando as crianças mal nutridas, tratando dos casos de diarreia, promovendo o aleitamento materno, distribuindo vitaminas e micronutrientes e aconselhando as mães sobre uma dieta equilibrada, a higiene e o saneamento.

As seis intervenções vitais (ferro e ácido fólico, aleitamento materno, alimentação complementar, vitamina A, zinco e higiene) podem ser prestadas nos lugares pobres e remotos por trabalhadores comunitários da saúde bem formados e bem equipados. No Malawi, os trabalhadores comunitários da saúde contribuíram com o sucesso em grande escala na luta contra a má nutrição, salvando vidas.

Uma grande oportunidade, mas também um risco potencial, é o aumento da cobertura dos partos em hospital. Diversos Estados-membros da UA, o Malawi, o Uganda, o Ruanda e o Gana, registaram um grande aumento dos partos em hospital nos últimos anos; porém, a qualidade dos cuidados não foi, infelizmente, capaz de seguir o ritmo.

Vacinação infantil

As intervenções preventivas de saúde são o método mais rentável e eficaz para melhorar, a longo prazo, a saúde das populações. Os Estados-membros da UA, em colaboração com os parceiros de desenvolvimento, estão acelerando a disseminação de vacinas novas e existentes contra as principais doenças responsáveis pela morte de crianças, incluindo as vacinas pentavalente, pneumocócica, rotavírus e contra a meningite. Com a ampliação da cobertura das vacinações de rotina e o auxílio das campanhas de vacinação em grande escala, os países africanos, fora da região Norte Africana, registaram o maior índice de progresso, com uma queda de 85 por cento das mortes por sarampo entre os anos de 2000 e 2010.

Entretanto, alguns países da África Ocidental e Central, até então livres da poliomielite, testemunharam o ressurgimento do vírus da doença em 2008-2009. Alguns dos factores responsáveis são a incapacidade de atingir uma cobertura otimizada durante as actividades de vacinação suplementares (AVS, em português, ou SIA, em inglês) num contexto de baixa cobertura das vacinações de rotina, de desconexão entre as actividades necessárias e os recursos disponíveis e de limitação da propriedade, do financiamento e da responsabilidade das autoridades nacionais e subnacionais.

Até o final de 2011, por exemplo, 13 países africanos introduziram a vacina pneumocócica, contra a doença pneumocócica, uma das principais causas de pneumonia, meningite e sépsis, e 2 países implantaram a vacina contra o rotavírus, a qual protege contra as formas mais fatais de diarreia. Até o ano de 2015, mais 15 países africanos terão introduzido a vacina pneumocócica e 17 outros países, a vacina contra o rotavírus. Tais vacinas terão um grande impacto, não somente quanto às vidas que serão salvas como quanto àquelas que serão vividas com saúde.

Com um grande impacto essencial, as novas vacinas também trazem oportunidades de dinamizar e fortalecer as intervenções integradas, tais como o fornecimento de suplementos de vitamina A, a distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida e informações sobre o planeamento familiar; além de anteciparem os compromissos em prol da promoção da saúde materna e infantil de forma mais abrangente, tais como a

Declaração de Kampala 2010, o Plano de Acção de Maputo, de 2006, e a CARMMA (Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantil).

Os Estados-membros também estão se preparando para a introdução de vacinas adicionais que protegem contra as doenças mais frequentes em mulheres e crianças, incluindo as vacinas contra o HPV (vírus do papiloma humano), o qual é a principal causa de cancro cervical, e de rubéola. Demais vacinas prometedoras estão no horizonte, como a vacina contra a malária e a dengue, enquanto as pesquisas para a vacina contra a SIDA continuam a progredir.

A introdução bem-sucedida das vacinas em África requer um compromisso permanente e renovado, da parte dos líderes da UA, para a construção de plataformas de vacinação nos seus próprios países, com o intuito de antecipar a cobertura universal.

Desde o ano 2000, os países africanos vacinaram 207 milhões de crianças e, para o período de 2012-2015, estima-se que mais 95 milhões de crianças em África serão vacinadas. O grande aumento dos gastos com a vacinação e as melhorias relacionadas, quanto ao desempenho do programa, podem ser predominantemente monitorizados pelos doadores e para os aumentos do financiamento nacional; enquanto 38 dos 46 países da Região Africana determinaram itens relevantes para a vacinação nos seus orçamentos nacionais, 12 países compraram todas as suas próprias vacinas e 19 receberam o apoio dos planos de sustentabilidade financeira desenvolvidos pela Aliança GAVI (Aliança Global para as Vacinas e a Imunização). O forte desejo e empenho políticos, a implementação e o compromisso financeiros são factores críticos para que se possa garantir o progresso e a sustentabilidade, como também o é o trabalho em parceria com os intervenientes regionais e internos, como a sociedade civil. Neste contexto encontra-se a questão chave inerente à falta de stock das vacinas tradicionais nos principais países da África Ocidental e Central em 2011, elemento que pode abalar os resultados obtidos em matéria de cobertura da imunização e de acesso às demais intervenções e cuidados de saúde.

Concomitantes a esse aumento encontram-se as questões que devem ser tratadas em matéria de introdução das vacinas e de avaliação do seu impacto a longo prazo. Dentre os impactos possíveis, podemos citar, por exemplo, o fortalecimento dos sistemas de saúde e das autoridades reguladoras da saúde nacional; o tratamento das limitações relacionadas à capacidade da cadeia de frio, com o auxílio de perfis de produtos variados e evolutivos (como por exemplo, por meio da avaliação das actividades, da preparação e da instalação, das actualizações, do financiamento, etc.); a integração estratégica através do calendário do Índice de desempenho ambiental e demais intervenções de saúde; bem como a melhoria na qualidade e na monitorização dos dados.

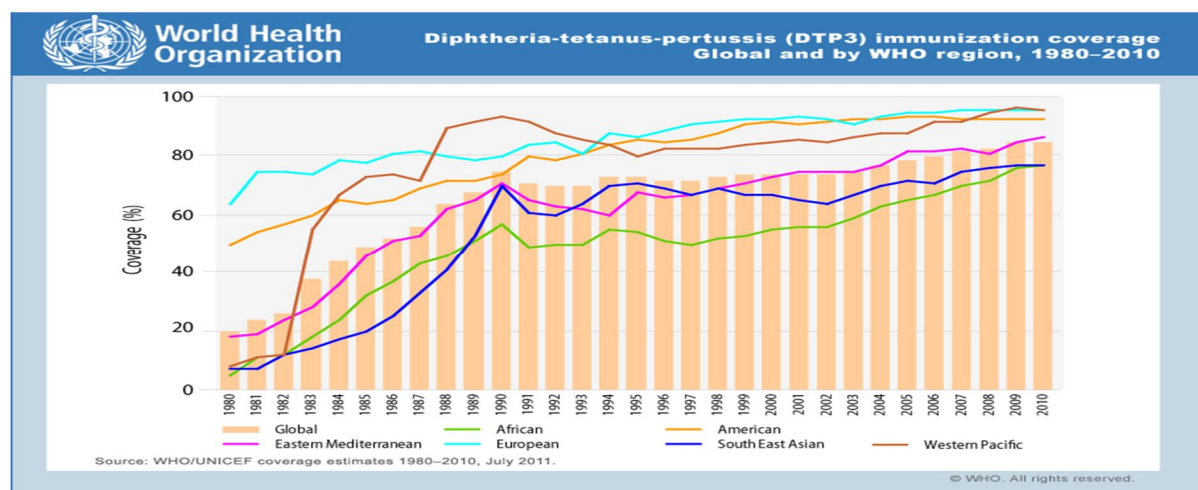
Enquanto a cobertura de vacinação em África aumenta, mais de 20% das crianças no continente africano ainda não foram protegidas contra as doenças potencialmente fatais. Todos os anos, milhões de crianças em África morrem de doenças evitáveis, por não terem acesso às vacinas essenciais e vitais. Maiores taxas de cobertura significarão que todos, mesmo aqueles que não foram imunizados, poderão beneficiar dos milagres proporcionados pelas vacinas, através do fenómeno conhecido pelo nome de imunidade

de grupo: quanto mais crianças forem imunizadas numa população, menor será a incidência de doenças para todos.

Ademais, a imunização e as vacinas são consideradas como o “melhor negócio” feito pela saúde pública, pois permitem reduzir a morbidade e a mortalidade e possibilitam a obtenção de importantes resultados a longo prazo, tanto a nível individual como populacional, tais como a redução dos gastos da saúde, as melhorias em termos de produtividade relacionada à prestação de assistência e de desenvolvimento cognitivo. Foi mostrado, por exemplo, que o aumento da cobertura de seis vacinas para 90% pode reduzir os custos com tratamentos e evitar a perda de produtividade dos pais ou educadores. Além disso, a vacinação de crianças contra a Difteria, a Tosse convulsiva e o Tétano (DTP), a poliomielite, a tuberculose e o sarampo, até os dois anos de idade, revela uma melhoria cognitiva, proporcionando a obtenção de melhores resultados escolares, a elevação da produtividade futura e, conseqüentemente, a obtenção de remunerações mais elevadas.

Enquanto a taxa de cobertura vacinal em África vem crescendo (ver **Figura 1**), o fardo relativo à incidência de doenças evitáveis por meio da vacinação é suportado, principalmente, pelo continente Africano, o qual é responsável por quase a metade da incidência mundial (**Figura 2**).

Figura 1: Tendências históricas na cobertura da vacina Tríplice (DTP) pela Região OMS



Fonte: <http://www.who.int/gho/en/>

Figura 2: A incidência das doenças evitáveis por vacinação em África

Total and vaccine preventable diseases cause specific deaths, children under age 5, by WHO region, 2008

	All cause	Pneumococcal diseases	Rotavirus diarrhea	Hib	Pertussis	Measles	Tetanus
AFR	4,202,000	247,000	217,000	94,000	84,000	25,000	27,000
AMR	284,000	13,000	8,000	1,000	2,000	-	1,000
EMR	1,237,000	68,000	90,000	32,000	19,000	7,000	14,000
EUR	148,000	7,000	3,000	3,000	-	-	-
SEAR	2,390,000	107,000	127,000	52,000	90,000	84,000	17,000
WPR	534,000	33,000	8,000	17,000	1,000	2,000	4,000
Total	8,795,000	476,000	453,000	199,000	195,000	118,000	63,000

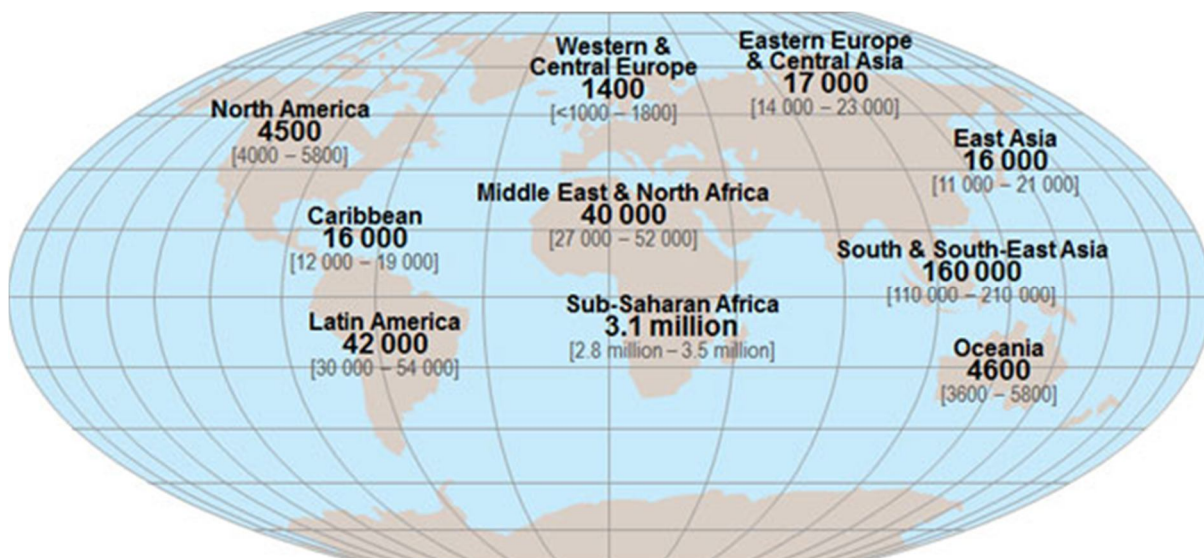
Number rounded to thousand

Fonte: http://www.who.int/immunization_monitoring/burden/estimates_burden/en/index.html

A situação do VIH pediátrico

A África (excluindo a África do Norte) é a região com o maior número de mulheres grávidas portadoras do VIH. No ano de 2010, em África, 1,36 milhões de mulheres grávidas e 3,1 milhões de crianças (de 0 a 14 anos de idade) viviam com o VIH, das quais 360.000 haviam sido infectadas recentemente. O principal meio de contaminação das crianças são as mães infectadas com o VIH, quer seja durante a gravidez, o parto ou o aleitamento.

Figura 3: Crianças menores de 15 anos de idade, vivendo com o VIH no mundo, 2010



Total: 3.4 milhões (3.0 milhões - 3.8 milhões)

Fonte: OMS, UNSIDA e UNICEF, *Resposta Global ao VIH/SIDA: situação actual da epidemia e progressos no sector da saúde em prol do acesso universal: relatório de progresso de 2011*

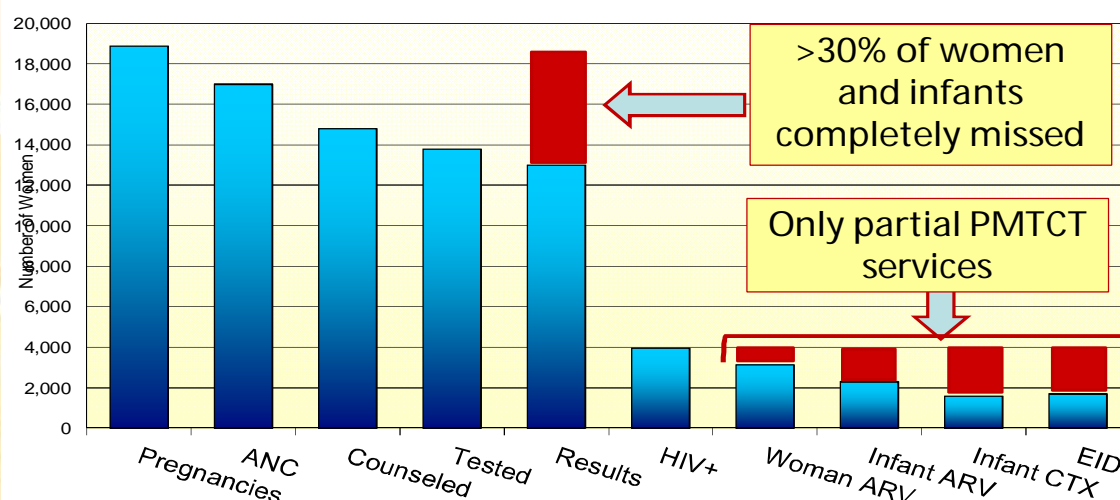
Prevenção da transmissão de mãe para filho

Sem a intervenção adequada, a taxa de contaminação das crianças é calculada em 40%. Graças às intervenções eficazes, o risco de transmissão do VIH de mãe para filho pode ser reduzido a 5%. O tratamento das mulheres grávidas, portadoras do VIH, com os medicamentos anti-retrovirais, evitou a contaminação de mais de 350.000 crianças no mundo desde 1995, e oitenta e seis por cento dessas crianças vivem em África (excluindo a África do Norte). Contudo, tais intervenções ainda não se encontram amplamente acessíveis ou disponíveis em alguns países com recursos limitados, onde a incidência do VIH é mais alta.

Está provado que é possível eliminar o VIH pediátrico e manter as mulheres e crianças vivas graças à aplicação das seguintes principais estratégias: redução da incidência do VIH entre as mulheres; redução total das necessidades insatisfeitas em matéria de planeamento familiar entre todas as mulheres; redução da taxa de transmissão vertical para <5%: redução de 90% das mortes maternas relacionadas ao VIH nos 12 meses após o parto e redução de 90% das mortes atribuídas ao VIH entre bebés e crianças menores de cinco anos de idade. Tais estratégias, traçadas pelo Plano Global para a Eliminação de Novas Contaminações do VIH em Crianças até o ano de 2015 e pelo movimento *Keep their Mothers Alive*, foram adoptadas pela maioria dos países na região.

Dentre os principais desafios inerentes à prevenção da transmissão vertical do VIH, encontra-se a incapacidade de acompanhar as mulheres na continuidade dos seus tratamentos. Os serviços mais eficazes de prevenção da transmissão de mãe para filho são os que interagem com a grávida durante a sua gravidez e nos meses após o parto. A cada etapa desta “cadeia de prevenção da transmissão de mãe para filho” há oportunidades perdidas em termos de prevenção. Contudo, nenhum país da região é capaz de acompanhar as mulheres durante essa cadeia de prevenção para que seja possível perceber quantas mulheres estão sendo devidamente assistidas com todos os serviços necessários. Utilizando os dados disponíveis na região, a cadeia de prevenção da transmissão de mãe para filho mostrada abaixo ilustra os múltiplos pontos de falha na prestação de tais serviços.

Ainda restam desafios significativos para a prevenção de novos casos de VIH entre crianças e para a intensificação do fornecimento do tratamento às mulheres grávidas, mas também há oportunidades para que a região supere tais desafios.

Figure 4: Typical PMTCT Cascade

Fonte: EGPAF

Diagnóstico precoce da criança

Em 2010, apenas 28% dos bebés nascidos de mães seropositivas foram testados para o VIH durante os dois primeiros meses de vida. Um melhor acompanhamento das mulheres em programas de prevenção da transmissão de mãe para filho, principalmente no período pós-natal, é vital para assegurar que todos os bebés sejam testados e, quando seropositivos, recebam todos os tratamentos necessários. Frequentemente, mesmo se os bebés e crianças vêm sendo imunizados pelos estabelecimentos de saúde e demais serviços, a situação do VIH das suas mães nem sempre é verificada, fazendo com que a situação de exposição das crianças ao VIH permaneça desconhecida. O fortalecimento dos serviços de saúde infantis de grande captação (como os programas de imunização) podem auxiliar o diagnóstico das crianças e o seu tratamento anti-retroviral adequado. Contudo, diversos estabelecimentos de saúde não possuem ferramentas o suficiente para identificar os bebés expostos ao VIH, e os profissionais da saúde são insuficientemente preparados e possuem tutoria clínica insuficiente para que possam ser capazes de fornecer o diagnóstico adequado da contaminação das crianças pelo VIH. O prazo existente entre a colecta de sangue, a recepção do resultado do teste de VIH pelo estabelecimento de saúde e a sua comunicação aos pais/educadores, para que o devido tratamento dos bebés e crianças infectados possa ser iniciado, ainda é muito longo em vários países em África. Diversos países implementaram sistemas para que tal prazo de diagnóstico seja reduzido, mas o acesso dos bebés e crianças ao teste e ao devido tratamento permanece lento.

A ruptura de stock dos testes de despistagem do VIH e dos materiais utilizados para o diagnóstico precoce dos bebés ainda é relatada em diversos países da África. O

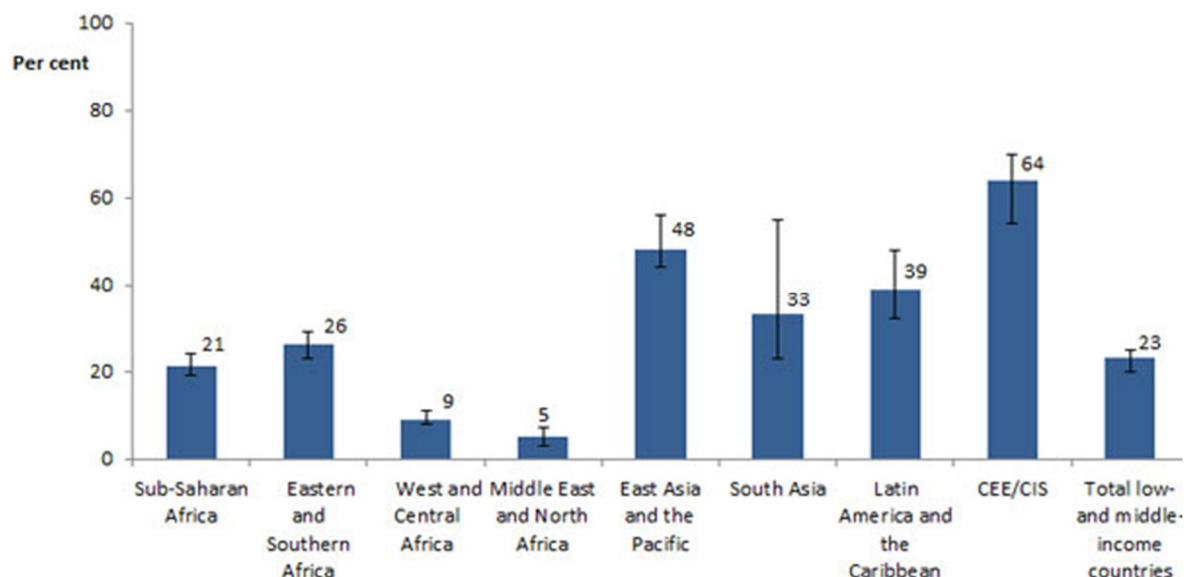
equipamento também está frequentemente quebrado e o seu conserto pode levar muito tempo, o que prejudica enormemente os esforços em prol do diagnóstico precoce da criança e atrasa o início do tratamento vital dos bebés e crianças infectados com o VIH.

Cuidados pediátricos e tratamento

Dentre as cerca de 1,49 milhões de crianças nascidas de mães infectadas pelo VIH no mundo, em 2010, apenas 42% recebem o tratamento anti-retroviral adequado para prevenir a transmissão do vírus das suas mães.

As crianças representam, globalmente, 1 em cada 6 novas contaminações, em Dezembro de 2009: 90% das crianças portadoras do VIH vivem em África e não foram diagnosticadas nem recebem o tratamento adequado; assim, metade delas morrerá antes do seu segundo aniversário. Apenas 26% das crianças infectadas em África (exceptuando a África do Norte) estavam recebendo o tratamento anti-retroviral adequado, ou seja, uma proporção bem mais baixa do que a cobertura de 51% de terapia anti-retroviral entre adultos. Enquanto o número de crianças que recebem o tratamento anti-retroviral adequado aumentou de cerca de 75.000, em 2005, para 450.000, em 2010, mais de 2 milhões ainda necessitavam de tratamento em 2010. Assim, fica claro que os progressos foram menores quanto à ampliação do diagnóstico pediátrico, dos cuidados, apoio e tratamento contra o VIH infantil.

Figura 5: Percentagem de crianças menores de 15 anos de idade e que recebem tratamento anti-retroviral, 2010



Nota: As linhas nas barras mostram o limite de incerteza dos cálculos.

Fonte: Cálculos da UNICEF baseados nos dados relatados na Resposta Mundial ao VIH/SIDA: situação actual da epidemia e progressos no sector da saúde em prol do acesso universal: relatório de progresso de 2011 (OMS, UNSIDA, UNICEF), Genebra 2011. As regiões foram calculadas de acordo com a classificação das regiões da UNICEF.

Início do tratamento anti-retroviral para as crianças infectadas e Retenção nos cuidados

A taxa de mortalidade dos bebés infectados com o VIH é excepcionalmente alta – aproximadamente 30% morrerá antes do seu primeiro aniversário, sem ter acesso ao tratamento contra o VIH e, até os dois anos de idade, mais de 50% das crianças infectadas morrerá por falta de tratamento. Infelizmente, o acesso ao tratamento para os bebés é ainda menor do que para as demais crianças.

As formulações pediátricas dos medicamentos anti-retrovirais nem sempre estão disponíveis, levando a dosagens imprecisas, ou seja, à sobredosagem ou à subdosagem, para os bebés e crianças pequenas, comprometendo, assim, o tratamento adequado e a saúde de tais populações vulneráveis.

Ademais, um bebé ou criança pequena infectada pelo VIH precisa de um adulto para a administração do medicamento anti-retroviral, o que é um desafio, pois muitas dessas crianças são órfãs e moram com parentes que têm os próprios filhos para cuidar ou outros afazeres. Um aconselhamento sólido e adequado é necessário para apoiar os educadores e as famílias na administração do tratamento às crianças.

Situação da Saúde Reprodutiva (e Materna)

Apesar do crescente empenho da liderança da UA em melhorar o investimento e fortalecer a capacidade das intervenções para tratar das necessidades insatisfeitas, excepcionalmente elevadas, em termos de saúde sexual e reprodutiva e de maternidade segura (excepto na África do Norte), os progressos realizados quanto a tais desafios ainda são limitados.

Os cálculos de 2008 estimam a Taxa de Mortalidade Materna (TMM ou MMR, em inglês) em 260 no Mundo, 280 na Ásia do Sul, 590 em África e, ao excluir de tais cálculos a África do Norte, a taxa para o continente se eleva a 640. As mortes maternas em África (excepto na África do Norte) representam mais da metade (59%) das mortes maternas no mundo.

A proporção de mulheres casadas que utilizam os métodos de contracepção modernos segue a mesma tendência: 55% no mundo, 45% na Ásia do Sul/Central e 23% em África, sendo tal valor reduzido para 17% ao excluir a África do Norte. Há variações regionais quanto à situação actual das mortes maternas em África. As estatísticas sugerem que a região da Comunidade da África Oriental (CAO, ou EAC, em inglês) esteja atrasada, quando comparada à Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC, em inglês), quanto aos índices de maternidade segura, de planeamento familiar e de saúde sexual e reprodutiva do adolescente, mas à frente da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO, ou ECOWAS, em inglês). O progresso da região

da CAO em termos de saúde materna e de planeamento familiar quase foi estagnado na década de 1990, mas retomou o seu dinamismo nos anos 2000.

De forma geral, os países da região fizeram progressos muito maiores quanto ao acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (ODM 5b) do que quanto à maternidade segura (ODM 5a). Além disso, os esforços em prol da revitalização dos programas de saúde sexual parecem estar dando resultados, como pode-se notar pelo rápido progresso em prol do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e à maternidade segura nos anos 2000, comparado à década de 1990.

Os progressos registados em tais países são atribuíveis, amplamente, às diversas políticas e programas estratégicos. Estes incluem: o compromisso do governo, demonstrado por meio de estratégias claras e compromissos de financiamento; uma infra-estrutura e sistema de saúde bem desenvolvidos, focalizados na melhoria do acesso aos serviços dentre os grupos mais desfavorecidos; fortes acções de sensibilização na comunidade, levando os serviços às comunidades isoladas e desfavorecidas; a prestação de serviços de saúde materna e de planeamento familiar gratuitos ou a baixo custo; a habilitação e a formação contínua dos profissionais da saúde e a repartição de tarefas, onde o pessoal habilitado seria formado para prestar alguns dos serviços geralmente prestados pelos médicos; bem como as fortes parcerias público-privadas. A CAO fornece uma plataforma valiosa para apoiar a identificação, as melhorias, a disseminação e a ampliação do progresso em prol do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva na região.

Níveis e Tendências em matéria de Mortes Maternas

A Taxa de Mortalidade Materna (TMM), a qual calcula o número de mortes maternas em cada 100.000 nados vivos, é o último indicador da incidência de doenças relacionadas às gravidezes e partos de alto risco. A actual incidência de mortalidade é traduzida num risco permanente de morte materna durante a vida reprodutiva da mulher: 1 em cada 35 mulheres na CAO, 1 em cada 28 na Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental e 1 em cada 44 na Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral. A incidência da mortalidade materna (cálculos da TMM de 2008) é, contudo, de 560 na Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental, de 540 na CAO e de 455 na Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral.

De forma geral, o indicador de progresso da região CAO rumo à consecução do ODM 5a, o qual busca reduzir as taxas de mortalidade materna em 75% até o ano de 2015, é tido como “insignificante”, tendo registado um declínio de 19%. Com uma redução global de 70% da TMM, a Eritreia é o único país, na maior parte da região da África Oriental, que está em vias de alcançar o ODM 5a. O Ruanda e a Etiópia também registaram progressos que poderão permitir-lhes alcançar o ODM 5a até o ano de 2015.

Seis Estados-membros (Djibuti, Quênia, Sudão, Tanzânia, Burundi e Somália) dos 10 países da região da África Oriental registaram progressos insignificantes ou inexistentes

entre os anos de 1990 e 2008. Além disso, a TMM aumentou em diversos países durante a década de 1990.

Figura 6: Progresso rumo à redução da taxa de mortalidade materna: 1990-2008, Região da África Oriental

	Regions, Regional Economic Blocks, and Countries	1990	2008	Maternal Death Lifetime risk 2008; 1 in :	MDG MMR Target by 2015	Target Annual MMR Reduction per year	Overall % Change (1990-2008)	Average Annual Change in MMR (1990-2008)	Overall Progress towards Reducing MMR
	<i>Sub-Saharan Africa</i>	780	530	31	195	-23	-25	-12	Reasonable
1	SADC	380	455	44	95	-11	-13	-1	Insignificant
2	EAC	880	540	35	220	-26	-19	-13	Insignificant
3	ECOWAS	790	560	28	198	-24	-41	-17	Reasonable
1	Eritrea	930	280	72	233	-28	-70	-36	On Track
2	Djibouti	370	300	93	93	-11	-19	-4	Insignificant
3	Uganda	670	430	35	168	-20	-36	-13	Reasonable
4	Ethiopia	990	470	40	248	-30	-53	-29	Good
5	Kenya	380	530	38	95	-11	39	8	No Progress
6	Rwanda	1100	540	35	275	-33	-51	-31	Good
7	Sudan	830	750	32	208	-25	-10	-4	Insignificant
8	Tanzania	880	790	23	220	-26	-10	-5	Insignificant
9	Burundi	1200	970	25	300	-36	-19	-13	Insignificant
10	Somalia	1100	1200	14	275	-33	9	6	No Progress

Fonte: OMS, FNUAP, Banco Mundial. (2010). Tendências de mortalidade materna: 1990-2008

* O indicador de progresso é classificado da seguinte forma: 0% Progresso inexistente; 1-24% Razoável, 50-69% Bom progresso; 70+% = em vias de.

É encorajador ver que os esforços feitos na maioria dos países da CAO durante os anos 2000 estão revertendo essa tendência. Apesar das melhorias em termos de saúde materna nos anos 2000, o progresso ainda é lento e a região necessita investir de forma significativa e sustentável na saúde materna para que os países membro possam se aproximar do ODM 5a.

Também é encorajador notar que, comparadas às demais CER (Comunidades económicas regionais), a região CAO é a que regista os maiores progressos rumo ao ODM 5a, o qual busca reduzir a taxa de mortalidade materna em 75% até o ano de 2015. A região registou uma redução global de 41% da TMM média, de 790, em 1990, para 560, em 2008. Nenhum dos países da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO ou ECOWAS, em inglês) está em vias de alcançar o ODM 5a, tendo apenas o Cabo verde registado um bom progresso para alcançar este fim.

A ilha Maurícia possui a taxa de mortalidade materna mais baixa da região SADC (Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral), (36 mortes em cada 100.000 nados vivos), bem como de África (excluindo a África do Norte). Nenhum dos países da região SADC está em vias de alcançar o ODM 5a. Contudo, a ilha Maurícia está, claramente, realizando bons progressos. Ela é seguida pela Namíbia, com uma taxa de mortalidade materna de 180 em cada 100.000 nados vivos, e pela Botsuana, com uma taxa de 190.

Globalmente, a redução da taxa de mortalidade materna da região SADC é de 13% e, se essa tendência continuar, é pouco provável que os países desta região consigam alcançar a meta fixada pelos ODM até o ano 2015. O aumento da taxa de mortalidade materna em países que alcançaram níveis relativamente baixos de mortalidade, intensifica as preocupações acerca da sustentabilidade do progresso em prol da melhoria da saúde da mulher e necessita envidar esforços concertados para que tais programas possam ser mantidos.

Causas das mortes maternas

A OMS calcula que as principais causas das mortes maternas em África (excluindo a África do Norte) são a hemorragia obstétrica (34%), a hipertensão arterial (19%), a sépsis materna (9%), o aborto (9%) e demais complicações relacionadas à gravidez (11%). Contudo, dados provenientes de fontes diferentes indicam proporções mais elevadas de mortes provocadas pelo aborto.

Os dados da OMS de 2008 indicam que os Abortos inseguros são responsáveis por 12% das mortes maternas na África do Sul e Ocidental, e de 18% na África Oriental. Estima-se que 2,4 milhões de abortos inseguros ocorreram na África Oriental em 2008, e que tais abortos são responsáveis por 13.000 mortes maternas na região todos os anos.

No mesmo período, 1,8 milhões de abortos foram realizados na África Ocidental, com cerca de 28 abortos inseguros para cada 1.000 mulheres em idade reprodutiva. Comparativamente, 120.000 abortos inseguros foram realizados na África do Sul, em 2008. Os Abortos inseguros também são a causa de diversas outras sequelas a longo prazo, as quais sequer são documentadas.

Morbilidade materna

A morbilidade materna é definida como uma complicação severa, resultante de um parto, e que põe a vida da mãe em risco. As complicações gestacionais incluem a fístula obstétrica, a anemia, a infertilidade, os danos à cavidade pélvica, as infecções crónicas, a depressão e a diminuição da produtividade. As mulheres que sofrem de morbilidade materna podem enfrentar, a longo prazo, consequências sociais e económicas que poderão conduzir a problemas domésticos e maritais, ao isolamento, à redução da esperança de vida e ao suicídio. As principais causas de morbilidade e de mortalidade maternas em diversos países em desenvolvimento, particularmente na África subsariana, são as complicações relacionadas à gravidez e ao parto.

Em África, para cada mulher que morre durante o parto, calcula-se que 20 outras sofrem de doenças debilitantes. Tais complicações são o resultado de diversos factores complexos e quase sempre sinérgicos, relacionados, dentre outras coisas, à idade quando do primeiro casamento, o qual leva à gravidez antes da maturidade completa do sistema reprodutor feminino, aumentando, assim, os riscos de complicações de parto, como a fístula obstétrica e a ruptura do útero.

A fístula obstétrica é resultante de um trabalho de parto demasiadamente longo ou difícil, provocando danos ao tecido e a passagem incontrolável de urina e fezes para dentro da vagina. As mulheres que sofrem de fístula são geralmente desertadas pelas suas famílias e amigos e são incapazes de realizar as suas actividades diárias.

A fístula obstétrica atinge desproporcionadamente as mulheres jovens e pobres, bem como as mulheres que vivem em zonas rurais e aquelas cujo crescimento foi atrofiado devido à má nutrição ou às doenças durante a infância. As mulheres que sofreram mutilação genital também são mais propensas às complicações durante o trabalho de parto e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da fístula obstétrica.

É difícil calcular a morbilidade materna, contudo, tais cálculos são um componente necessário para que se possa monitorizar os progressos realizados em termos de saúde materna em África. O número exacto de mulheres que vivem com a fístula obstétrica é desconhecido, mas o FNUAP calcula que existam mais de 2 milhões de mulheres vítimas desta doença no mundo inteiro, e outras 100.000 mulheres em risco todos os anos. Pesquisas mostram que um por cento das mulheres em Etiópia e 4,7 por cento das mulheres em Malaui que já deram a luz, sofreram de fístula obstétrica. Contudo, devido à falta de comunicação de dados neste sentido e ao estigma social, tais números podem não demonstrar com clareza e precisão a gravidade do problema.

Disponibilidade de parteiras qualificadas

Estima-se que cerca de três quartos das mortes maternas poderiam ser evitadas se o acesso das mulheres aos serviços de saúde reprodutiva fosse ampliado, incluindo os cuidados pré-natais, a presença de parteiras qualificadas durante o parto, os cuidados obstétricos de emergência (incluindo os cuidados pós-aborto), a nutrição materna, os cuidados pós-parto e o planeamento familiar.

O aumento da proporção de partos assistidos por Parteiras Qualificadas (SBA, em inglês) é considerado como a medida mais apropriada de prontidão de um país para que se possa evitar as mortes maternas pois, normalmente, tais profissionais não são suficientemente qualificadas e não possuem todos os equipamentos necessários em caso de emergência obstétrica, sendo incapazes de lidar com as principais causas de mortes maternas. Tais resultados geram uma imagem preocupante da situação das Parteiras Qualificadas na região da CAO. Os últimos dados revelam que apenas metade dos partos (50,6%) na região CAO foram assistidos por parteiras qualificadas, comparados a 51,3% na Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO ou ECOWAS, em inglês) e a 61,5% na Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC). Os partos assistidos por Parteiras Qualificadas e os Cuidados pré-natais são as intervenções primárias para a prestação de serviços capazes de tratar a questão da mortalidade materna. A região SADC (Comunidade para o

Desenvolvimento da África Austral) tem a mais alta proporção de partos assistidos por Parteiras Qualificadas (uma média de 61.5%) comparada à CAO (50.6%) e à ECOWAS (53.5%). Por conseguinte, é conveniente que dois dos três países com uma boa cobertura consistente de tais serviços (Ruanda e Uganda) também detenham os mais altos níveis de progresso em prol da diminuição das taxas de mortalidade materna calculadas na CAO. De facto, os dois países da SADC com boa cobertura dessas duas intervenções (Botsuana e Namíbia) também situam-se dentre os três países com as menores taxas de mortalidade materna na região. No mesmo sentido, os países da ECOWAS com uma cobertura consistente dessas duas intervenções (Cabo Verde, Gana e Gâmbia) também apresentam as menores taxas de mortalidade materna da região. Há grandes disparidades quanto ao acesso aos serviços de maternidade segura dentre os diferentes grupos socioeconómicos, as quais deveriam ser observadas de perto e tratadas com urgência. Uma análise de tais disparidades revela que, de forma geral, o maior progresso pôde ser observado em países que se esforçam em ampliar o acesso aos partos assistidos por parteiras qualificadas para as pessoas cuja situação socioeconómica é relativamente baixa (aquelas com baixo nível de educação, pobres e que vivem em zonas rurais).

Cuidados pré-natais

Os cuidados pré-natais permitem às mães a monitorização da gravidez, a detecção dos problemas potenciais e a determinação de medidas correctivas necessárias a serem tomadas durante a gravidez e/ou o parto. Por exemplo, durante as consultas pré-natais, o estado nutricional da mulher é avaliado, soluções como o parto por cesariana podem ser recomendadas para evitar as complicações e obstruções durante o parto, testes de VIH são realizados para facilitar o tratamento voltado à prevenção da transmissão de mãe para filho e as mulheres recebem tratamento de prevenção contra a malária bem como mosquiteiros tratados com insecticidas.

A monitorização das gestações na região CAO é impressionante, com uma média de 9 em cada 10 mulheres grávidas que fazem uma consulta pré-natal (97,7%), ou seja, o mais alto índice comparado à SADC (91,5%) e à ECOWAS (84,1%). A Tanzânia registou um índice quase universal de ao menos uma consulta pré-natal (97,7%); os demais países da região CAO também registaram uma cobertura impressionante de mais de 90% de consultas pré-natais.

A proporção de mulheres que fazem ao menos quatro consultas pré-natais é consideravelmente mais baixa do que as que fazem ao menos uma, com uma média de 48,8% para a região ECOWAS, de 45% para a CAO e de 60% para a SADC.

A maior parte de tal declínio ocorreu nos anos 2000, sendo importante determinar se o mesmo é resultante da ineficácia do programa ou das acções programáticas deliberadas para enfatizar o número de consultas pré-natais nas quais as mulheres devem comparecer, e concentrar-se nos cuidados prestados durante as visitas. A cobertura quase universal de ao menos uma consulta pré-natal na maioria dos países revela que as mulheres percebem, geralmente, a importância de realizar ao menos uma consulta médica de rotina durante a gravidez. O maior desafio consiste em determinar como os

programas podem empenhar-se em trazer mais mulheres para dar a luz em clínicas, com a assistência de parteiras qualificadas, e em ampliar a cobertura para aquelas que fazem ao menos quatro consultas pré-natais.

Tratando dos Abortos inseguros

Com excepção da África do Sul, que liberalizou as suas leis relativas ao aborto, todos os países da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) têm leis de aborto restritivas. Considerando que a supressão das restrições legais abre o caminho para a prestação de serviços de aborto seguros, que salvariam as vidas de muitas mulheres, é importante que os países da SADC continuem a reformar as suas leis relativas ao aborto.

Na África Oriental, os abortos inseguros são responsáveis pela maior taxa de mortes maternas, ou seja, 1 em cada 5 (18%), enquanto a região Sul-africana tem as menores taxas provocadas por abortos inseguros, ou seja, 1 em cada 10 mortes maternas (9%). O motivo pelo qual as taxas de aborto são baixas na região pode ser parcialmente explicado pelo facto de as leis relativas ao aborto na mesma serem mais restritivas, comparadas às das demais regiões. Os países da CAO permitem o aborto em apenas dois casos: a) para salvar a vida de uma mulher e b) com base no estado de saúde física e mental da mesma. Na África Ocidental, os abortos inseguros são responsáveis por 1 em cada 8 mortes maternas (12%).

Considerando que a supressão das restrições legais relativas ao aborto facilitaria a prestação de serviços de aborto seguro e de cuidados pós-aborto, e que os serviços de aborto seguro reduziram de forma significativa as mortes maternas, os países com leis de aborto demasiado restritivas deveriam explorar as possibilidades de reforma das suas políticas relevantes. Mas para se ter serviços de aborto seguro não basta apenas remover ou flexibilizar as barreiras legais. Deve-se, também, tratar dos desafios relativos ao serviço e do estigma por detrás de tal acto, para que as mulheres que se qualificarem legalmente possam ter acesso ao serviço de aborto seguro. As melhorias no acesso aos serviços de planeamento familiar também são rentáveis, pois reduziram as gravidezes indesejadas, sendo este o principal motivo que leva muitas mulheres a praticarem abortos inseguros em circunstâncias nas quais as mesmas não podem aceder aos serviços adequados para a prática segura de tal procedimento.

Melhorando o acesso ao e a adopção de medidas de Planeamento Familiar

A pedra angular do Programa de Acção da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (CIPD) de 1994 foi permitir às mulheres e aos seus parceiros o acesso universal às informações e aos serviços necessários para que possam tomar decisões lúcidas e voluntárias relativas à sua sexualidade e, dessa forma, planejar o número e o intervalo das gravidezes. No centro das intervenções rumo à consecução do ODM 5b e dos objectivos fixados pela CIPD está a modernização dos serviços de planeamento familiar, sendo estes, comprovadamente, uma medida rentável e eficaz para salvar as vidas de mulheres e crianças, prevenindo as gravidezes indesejadas e

diminuindo o crescimento rápido da população, o qual é um dos maiores obstáculos para o alívio da pobreza das famílias a nível nacional, para a preservação do meio ambiente e para a adaptação aos efeitos das mudanças climáticas. A região SADC é líder em matéria de uso de métodos contraceptivos, com 42,2% de mulheres casadas que utilizam técnicas modernas de Planeamento Familiar. Também há grandes disparidades quanto ao uso de métodos contraceptivos dentre os diferentes grupos socioeconómicos, mas como foi observado acerca da maternidade segura, os países que registam bons índices de progresso global na região (Malauí, Madagáscar, Zimbábue e Namíbia) revelaram um aumento considerável do uso de contraceptivos pela população pobre, com baixo nível de educação e residente em zonas rurais.

Menos de 3 em cada 10 mulheres casadas (27,4%) na região CAO usam métodos contraceptivos modernos, situando as Comunidades Económicas Regionais (CER) atrás da SADC (Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral), onde a taxa de uso de métodos contraceptivos modernos é de 4 em cada 10 mulheres (42,2%). O país líder em matéria de uso de métodos de contracepção na CAO é o Ruanda, o qual registou uma grande diminuição deste índice na década de 1990, para então apresentar um aumento sem precedentes durante os anos 2000, ou seja, de menos de 1 em cada 10 mulheres (4,3%) para 5 em cada 10 (45,1%). Comparados aos países da CAO e da SADC, os países da ECOWAS tiveram sempre taxas bem mais baixas de prevalência do uso de contraceptivos (TPUC, ou CPR, em inglês), uma distribuição menos equitativa dos métodos contraceptivos e uma grande crença nos métodos tradicionais e ineficazes de contracepção. O uso de contraceptivos modernos na África Ocidental quase dobrou, de 3,9% para 8,9% entre os anos de 1993 e 2006, mas as mais recentes taxas de uso de métodos contraceptivos modernos foram inferiores a 10% em 8 dos 15 Estados-membros da ECOWAS. Contudo, a TPUC do Cabo Verde, de 57,1%, é excepcional numa região onde o segundo melhor índice registado foi o de 16,6% (Gana) e o terceiro, de 13,3% (Burkina Faso).

O nível de necessidades insatisfeitas em matéria de Planeamento Familiar revela o índice de mulheres que desejam evitar ou planear uma gravidez mas que não utilizam um método contraceptivo, estando, assim, expostas ao risco de uma gravidez indesejada ou não planeada. Na região SADC, as ilhas Maurícia têm o mais baixo índice de necessidades insatisfeitas em termos de PF (3,5% em 2002), seguidas pela Namíbia (6,7%), pelo Zimbábue (12,8%) e pela África do Sul (13,8%).

O mais alto nível de necessidades insatisfeitas em termos de PF durante os anos 2000 foi registado no Malauí (27,6%), em 2004. Os demais países registaram índices de necessidades insatisfeitas entre 18% e 27% (Moçambique 18,4%, Etiópia 25%, Lesoto 23%, Suazilândia 24%, República Democrática do Congo 24,4%, Tanzânia 25,3%, e Zâmbia 26,5%).

O Botswana tem o mais elevado índice de necessidades insatisfeitas, registado em 44,7% em 2008, seguido pelo Uganda 40,6% em 2006/7 (não há dados mais recentes disponíveis). Altos índices de necessidades insatisfeitas em termos de PF revelam que os países podem realizar progressos consideráveis em prol do acesso universal aos

serviços de saúde sexual e reprodutiva, permitindo às mulheres aceder aos e utilizar os métodos de contracepção. As necessidades insatisfeitas em termos de PF são uma oportunidade perdida pelos Estados-membros da UA em prol do aumento da taxa de recurso à contracepção, da diminuição da fertilidade, da redução dos níveis de dependência e da estimulação do crescimento económico, para que possam, enfim, beneficiar de um dividendo demográfico. Este é o futuro para o desenvolvimento de África.

Saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes

A Saúde sexual e reprodutiva dos jovens é um factor determinante do desenvolvimento económico e social dos seus países e comunidades. O início da actividade sexual e o casamento precoces, bem como os baixos índices de uso de contracepção, são os principais precursores de gravidezes precoces, de altos níveis de fertilidade e de mortalidade infantis e dos baixos níveis de educação das mulheres. A introdução da vacina contra o HPV (vírus do papiloma humano) representa uma oportunidade única de prestação de serviços às adolescentes. Considerando-se que as vacinas contra o HPV combatem uma infecção transmitida sexualmente, podendo levar ao cancro, e são fornecidas às adolescentes, a imunização é uma oportunidade aos Estados-membros da UA de contribuírem com os inúmeros factores relativos à saúde reprodutiva e dos adolescentes, com a sua educação, com a ascensão da mulher e com a igualdade entre os géneros, lutando contra este tipo de cancro e melhorando a saúde e a vida de mulheres, jovens adolescentes e mães no continente.

A região CAO regista a idade mais elevada para a primeira experiência sexual (17,8 anos) e para o casamento (19,4 anos) assim como o mais baixo índice de fertilidade entre os adolescentes (1 nascimento em cada 10 mulheres), comparada às demais Comunidades Económicas Regionais (CER). A taxa média do uso de contraceptivos entre os jovens na região CAO foi de 15,4%, perdendo para os países da SADC (24,6%) mas à frente da ECOWAS (7,6%).

A idade média para a primeira experiência sexual na região ECOWAS diminuiu ligeiramente, de 16,4 anos de idade para 16,2, entre os anos de 1993 e 2006, e variou entre 15,6 anos de idade, em Nigéria, e 18,4 em Gana e Senegal. Houve um leve aumento, de 17,4 anos para 18,3 anos, quanto à média de idade no primeiro casamento durante o mesmo período, com médias por país que variam entre 15,5 anos em Níger e 19,8 em Gana. As idades médias para a primeira experiência sexual e casamento são mais baixas na ECOWAS, comparadas às regiões CAO e SADC.

Contrariamente ao que se pode pensar, a idade da primeira experiência sexual na região SADC aumentou ligeiramente, de 17,2 anos para 17,4 anos entre os anos de 1992 e 2007, e variou entre 16,1 em Moçambique e 19,3 anos em Namíbia. A SADC registou uma leve melhora quanto à idade da primeira experiência sexual entre os anos de 1990 e 2000 (um aumento de três por cento) comparada à CAO, com 3,6%, e à ECOWAS, com um aumento de 3,3%. Também houve um leve aumento da idade do primeiro casamento na região SADC, de 18,2 anos, em 1992, para 18,9 anos, em 2007, com médias por país que variam entre 17,5 anos de idade em Moçambique e 27 anos de idade – uma média excepcionalmente alta – na África do Sul. As médias de idade do Botsuana e da Namíbia

também são elevadas, sendo de 24 anos de idade para o primeiro casamento. Nas CER as médias de idade para o primeiro casamento foram de 18,3 anos na ECOWAS, 18,9 na SADC e 19,4 na CAO.

Integração da saúde sexual e do VIH

A necessidade de ligar as respostas ao VIH/SIDA à saúde sexual e reprodutiva é importante, pois ambas estão intimamente relacionadas. Os benefícios potenciais de se relacionar as respostas ao VIH e à saúde sexual incluem as melhorias no acesso aos e a adopção de serviços de saúde sexual e VIH/SIDA, o uso efectivo de recursos limitados, as melhorias na qualidade dos cuidados e na eficácia dos serviços, por meio da redução da duplicação das funções de prestação de serviços, bem como a conveniência e a economia proporcionadas aos clientes. Vastas oportunidades para a redução dos silos verticais das políticas e programas de saúde sexual e de VIH continuam a existir nos estados-membros da UA.

A taxa de prevalência do VIH na CAO é bem alta, tornando especialmente crítica a integração dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e de VIH na região, para que o alcance de ambos os serviços possa ser ampliado. Ainda assim, apenas 1 em cada 5 mulheres (21,5%) na África Oriental recebem o aconselhamento e efectuam os testes de VIH durante os cuidados pré-natais, nível comparável à África do Sul, com 22,6%, mas superior à África Ocidental, com 7,75%. Tendo em vista os impressionantes níveis elevados de ao menos uma consulta pré-natal na CAO, é evidente que os programas não estão desfrutando completamente dos serviços de saúde sexual e reprodutiva para que estes integrem os serviços de prevenção e de tratamento contra o VIH.

Uma percentagem ainda menor de mulheres nos países da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (ECOWAS) recebe o aconselhamento e faz os testes de despistagem do VIH durante as consultas pré-natais, em comparação à Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC), com 22,6%, e à CAO, com 25,7%. Tais resultados são compatíveis com o nível relativamente baixo de cobertura de cuidados pré-natais (de ao menos uma consulta) e com a taxa de prevalência do VIH na ECOWAS. A pequena proporção de mulheres VIH+ que recebem tratamento anti-retroviral para prevenir a transmissão de mãe para filho revela as oportunidades perdidas em termos de integração dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e de VIH. A cobertura média na região ECOWAS era de 27,9%, variando de 14,2%, em Guiné, a 54,7%, em Níger, e a 57% em Cabo Verde; e a cobertura média para a região SADC era de 59,5%, apesar da variação de 1,2% em Madagáscar a 100% nas Seychelles.

Mesmo se os esforços dos países em prol da integração dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e de VIH já estão em curso (embora em diferentes níveis), a integração não é, geralmente, optimizada devido a um certo número de desafios. Estes incluem: a ausência de mecanismos sólidos de coordenação, a falta de estratégias e políticas de integração claras, a escassez e a elevada diminuição dos profissionais médicos, o desequilíbrio financeiro e dos demais recursos entre os serviços de saúde reprodutiva e sexual e de VIH e a falta de sistemas integrados de financiamento, aprovisionamento e

de M&A. Tais questões necessitam ser tratadas para que os países e clientes possam desfrutar plenamente dos benefícios potenciais oriundos de tal integração.

Financiamento da Saúde

Os recursos financeiros e investimentos inadequados são os factores chave do enfraquecimento do progresso em prol do acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, de maternidade e de saúde infantil e neonatal em África. Contudo, o cálculo da quantia gasta nos ODM 4, 5a e 5b é dificultado pela falta de dados disponíveis, posto que apenas alguns países têm a capacidade, ou realizaram os estudos detalhados necessários das subcontas das contas da saúde nacional para que se possa examinar e rastrear tais rubricas orçamentais. As análises dos gastos gerais dos Estados-membros da UA com a saúde e das despesas governamentais *per capita* revelam que, até o ano de 2010, apenas seis Estados-membros honraram, ou praticamente, o seu compromisso em gastar 15% dos seus orçamentos nacionais com a saúde, de acordo com a Declaração de Abuja. Os gastos com a saúde em África, excluindo a África do Norte, são calculados em cerca de \$25-\$27 *per capita*, com 32 dos 53 Estados-membros da UA investindo menos de \$20 *per capita*, incluindo 4 dos países que alcançaram o índice de referência de 15%.

No início do ano de 2012, foi realizado um estudo de comparação do financiamento da saúde em 2011 com o ano de 2010, para que se pudesse analisar o progresso realizado rumo à consecução da meta prevista pela Declaração de Abuja dos Chefes de Estado Africanos de 2001, a qual estipula que ao menos 15% dos seus orçamentos nacionais sejam atribuídos à Saúde. A comparação realizada, em parceria com a campanha *Africa 15% plus*, se concentra nos pontos principais de quaisquer aumentos ou diminuições percentuais (%) da dotação orçamentária do governo à Saúde, bem como no investimento *per capita* com a saúde em, principalmente, 15 Estados-membros, os quais, desde os compromissos assumidos quando da Declaração de Abuja de 2001, conseguiram se aproximar ou efectivamente atribuir 15% do orçamento anual à saúde. A comparação também delinea as amplas tendências relativas ao financiamento da saúde em todos os estados-membros.

Os resultados revelam o seguinte:

- O número de países que alcançam/ultrapassam apenas o compromisso fixado em 15% aumentou de 6, em 2009/2010 para 8, em 2010/2011.
- Ainda mais importante: 42 dos 54 Estados-membros da UA aumentaram o seu investimento *per capita* em 2010/2011; contudo, 23 deles investiram menos de \$30 USD (trinta dólares per capita).
- 7 Estados-membros da UA diminuíram o seu investimento *per capita* na saúde.
- 26 Estados-membros da UA aumentaram a sua percentagem geral de alocação de recursos para a saúde.
- 22 Estados-membros da UA diminuíram a sua percentagem geral de alocação de recursos para a saúde.

- Houve casos de diminuição da percentagem (%) de atribuição de recursos para a Saúde; paralelamente, o aumento da percentagem *per capita* é um indicador de progresso [ou seja, uma percentagem (%) inferior de um orçamento maior para a saúde, mas superior por pessoa].
- Houve um progresso geral baseado numa dupla análise da percentagem (%) de alocação de recursos para a saúde e do investimento real *per capita* na saúde.
- A alocação de recursos para a saúde, em vários casos, inclui um apoio externo de até 0,9% a 59%.

Há uma ampla correlação entre o aumento da alocação de recursos governamentais à saúde, de forma geral, e a melhoria dos resultados inerentes a este sector; contudo, a mera alocação de recursos à saúde não resulta, necessariamente, no bom financiamento da saúde sexual e reprodutiva, da maternidade segura e da saúde neonatal e infantil. Por exemplo, em diversos países em África (excluindo os estados da África do Norte), os doadores externos fornecem a maior parte do financiamento dos programas de Planeamento Familiar e demais programas relacionados à Saúde Sexual e Reprodutiva, colocando tais serviços imprescindíveis numa situação arriscada, caso as prioridades do doador mudem.

Além disso, a monitorização do investimento dos países em prol da consecução dos ODM 4 e 5 revela que os países com melhores níveis de progresso demonstraram um compromisso durável e consistente em aumentar a dotação orçamentária nacional e o financiamento dos doadores para tais programas.

RECOMENDAÇÕES

Saúde infantil

- As estratégias para melhorar a saúde infantil devem se concentrar no desenvolvimento e na implementação de intervenções rentáveis, focalizadas nas causas primárias das doenças e da mortalidade infantis. Os estados-membros da UA devem desenvolver, avaliar e ampliar continuamente tais intervenções de maior impacto na saúde e na sobrevivência infantis.
- - As soluções simples prestadas às crianças em situação de risco de má nutrição e às suas famílias já são bem conhecidas e apoiadas pelos especialistas em nutrição. Em 2008, a revista médica *The Lancet* identificou um pacote de 13 intervenções directas – tais como o fornecimento de suplementos de vitamina A e de zinco, de sal iodado, bem como a fortificação dos alimentos e a promoção de um comportamento e modo de vida saudáveis, como lavar as mãos, o aleitamento exclusivo e as práticas nutricionais complementares – que comprovaram o seu impacto na nutrição e na saúde das crianças e das mães.
 - A ONG *Save the Children* identificou seis intervenções nutricionais de baixo custo com grande potencial para salvar a vida das crianças durante os seus primeiros 1.000 dias de vida e além. A cobertura universal destas seis soluções vitais poderia evitar, no mundo inteiro, mais de 2 milhões de mortes maternas e infantis por ano. Tais intervenções, também conhecidas pelo nome de “lifesaving six”, são: o ferro e o ácido fólico, o aleitamento materno, a alimentação complementar, a vitamina A, o zinco e a higiene. Todo esse pacote, vital e indispensável, pode ser fornecido por um custo inferior a \$12 por criança.
- Os Estados-membros devem trabalhar sustentável e continuamente para alcançar altos níveis de cobertura de vacinação, ancorados numa cobertura efectiva da vacinação de rotina, bem como a introdução de novas vacinas contra os principais agentes causadores das mortes infantis. A vacinação é um dos principais investimentos mais importantes e rentáveis para a saúde da população e das crianças em África.
 - Ampliar as campanhas nacionais de sensibilização e de informação, reforçando o valor e a importância da vacinação.
 - Intensificar os esforços em prol da vacinação, apoiando e financiando as vacinas e tratando dos aspectos técnicos inerentes à introdução das mesmas, as quais terão um impacto mensurável na redução da mortalidade infantil.
- As iniciativas de cuidados no seio das comunidades devem ser desenvolvidas e ampliadas, com a rotação de tarefas (para os profissionais da saúde auxiliares) para os serviços básicos, porém essenciais. Isto envolveria o desenvolvimento de bases materiais para tais profissionais, incluindo formações, directrizes clínicas e normas de assistência.
- - Os programas anti-retrovirais comandados pelos médicos têm dificuldade em alcançar os bebés e crianças pequenas que necessitam do tratamento; motivo pelo qual a rotação de tarefas é uma estratégia chave para levar o tratamento anti-retroviral ao alcance de tantas crianças quanto possível. Os médicos, enfermeiras, assistentes sociais e conselheiros devem ser apoiados durante o treinamento e a supervisão, para que possam formar a sua capacidade e participar com confiança na prestação de cuidados e de tratamento médico pediátrico. O aconselhamento adequado e de qualidade aos pais e educadores, bem como

um forte elo entre os estabelecimentos de saúde e a comunidade, podem estimular a retenção do paciente pediátrico:

- graças o apoio que os pais e educadores informados serão capazes de dar à criança em tratamento anti-retroviral e à influência positiva na sua aderência ao tratamento,
 - pois será mais fácil monitorizar e ir ao encontro dos pacientes que não compareceram à consulta e que são mais susceptíveis de abandonar o tratamento com o auxílio dos assistentes sociais, que irão trazê-los de volta ao estabelecimento de saúde.
- Iniciativas em prol do fortalecimento do sistema de saúde devem ser implementadas para realçar o papel do sistema de saúde, dedicando a devida atenção às melhorias na qualidade dos cuidados prestados no estabelecimento de saúde.
 - A participação da comunidade e as parcerias com entidades não-governamentais e a sociedade civil devem ser reforçadas e institucionalizadas, para que se possa gerar a sinergia e a eficácia necessárias à promoção da saúde e ao provimento dos cuidados.
 - Os Estados-membros precisam desenvolver e implementar estratégias inovadoras e que se encaixem nas necessidades de cada Estado-membro, para tratar dos desafios inerentes aos recursos humanos para a saúde e valorizar o treinamento, o recrutamento, a disponibilização e a retenção de diversas categorias de profissionais da saúde.
 - Os Estados-membros devem promover a implementação do Plano Africano para a Eliminação da Transmissão do VIH de Mãe para Filho (em inglês, *African Plan for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV*, anexo 1).

Saúde materna

- Reforçar os esforços aplicados com o intuito de priorizar e de defender a Saúde Sexual e Reprodutiva, mobilizando a vontade e o suporte políticos (a níveis nacional e subnacional, bem como dentro das comunidades), combinados ao investimento financeiro contínuo para implementar políticas de apoio à Saúde Materna e ao Planeamento Familiar. Os Estados-membros que lançaram a CARMMA devem ser fiéis à execução dos Planos de Implementação do País.
- A institucionalização de **auditorias de mortes maternas** reforçaria a base probatória elementar para o programa e a política de desenvolvimento e implementação, bem como motivaria a atenção adequada à qualidade dos serviços e cuidados.
- As leis relativas ao aborto devem ser analisadas e revisadas com o intuito de evitar as mortes maternas resultantes de abortos inseguros; de prestar os cuidados pós-aborto e de valorizar o acesso aos serviços de planeamento familiar,

contribuindo à redução das gravidezes indesejadas, no contexto das leis nacionais.

- A participação da comunidade, as parcerias e o alcance dos serviços devem ser reforçados, com a atenção particularmente voltada aos subgrupos insuficientemente atendidos, incluindo os homens e jovens, num período no qual as desigualdades entre os géneros e a ascensão da mulher são questões que devem ser conscientemente tratadas. O compartilhamento das informações relativas às práticas e às intervenções rentáveis e de grande impacto deve ser institucionalizado para facilitar as adequações apropriadas.
- Os governos devem assegurar-se de que os programas de Saúde Sexual e Reprodutiva são bem financiados e assumem, cada vez mais, o compromisso em prol dos bem e serviços essenciais relacionados à saúde sexual, perante aos doadores. As Contas Nacionais de Saúde (NHA, em inglês) devem incluir subcontas destinadas à Saúde Sexual e às demais preocupações principais relativas à saúde, para facilitar a avaliação da alocação dos recursos destinados à saúde e verificar se os mesmos são atribuídos e utilizados em prol das principais prioridades.
- Priorizar o desenvolvimento e a implementação de políticas e intervenções inovadoras e capazes de tratar das barreiras que impedem ou dificultam o acesso aos serviços básicos de Saúde Materna e Sexual nas populações desfavorecidas e marginalizadas.

Saúde Reprodutiva dos Adolescentes

- Os Estados-membros devem desenvolver e implementar políticas, leis e programas adequados para promover a igualdade dos géneros e diminuir a exclusão social, incluindo políticas em prol do acesso dos jovens à informação, aos serviços e à assistência. Isto inclui a promoção da integração e a priorização dos jovens no planeamento de políticas nacionais e nos processos orçamentais, com medidas como a implementação de estratégias para a diminuição da pobreza, os quadros e políticas em prol da igualdade social e os planos e orçamentos sectoriais.
- Os Estados-membros devem procurar ampliar rapidamente os programas de informação e implementar intervenções rentáveis, tais como a vacinação contra o HPV às adolescentes, para além da pequena escala de esforços que, na maioria dos países, abrangem apenas uma pequena fracção da população.
- As parcerias devem ser estimuladas dentre os múltiplos ministérios governamentais (tais como o Ministério das Finanças, da Educação, da Saúde, da Juventude e dos Desportos, da Cultura, etc.), os parceiros de desenvolvimento e a sociedade civil (incluindo os grupos mais jovens) em diversos níveis, com o intuito de implementar uma resposta coordenada e nacional às necessidades dos jovens.

- A capacidade institucional deve ser construída e apoiada para assegurar a sustentabilidade e a eficácia dos programas locais e nacionais, incluindo o desenvolvimento de aulas de educação sexual padronizadas e adaptadas aos jovens, bem como a formação preparatória e contínua dos professores, administradores e profissionais da saúde. Tais medidas facilitarão a implementação de serviços adaptados e focalizados nos jovens, dentro das intervenções sectoriais existentes.

Financiamento da Saúde

- Os Estados-membros devem lutar para alcançar a meta de 15% de alocação de recursos à saúde, com ênfase no uso dos recursos nacionais em vez dos fundos doados.
- Os esforços realizados para aumentar o financiamento da Saúde nos Estados-membros devem objectivar o aumento da alocação *per capita* à saúde.
- Os sistemas de Governação e de Responsabilidade precisam ser reforçados dentro do sector da saúde, com o intuito de minimizar os desperdícios, melhorar a eficácia e proporcionar “mais saúde pelo dinheiro atribuído”.
- Em resposta aos desafios actuais em termos de mobilização de recursos, os Estados-membros devem explorar fontes de financiamento alternativas e sustentáveis para a saúde.
- Deve haver um investimento correspondente nos demais determinantes sociais, como a potabilidade da água e o saneamento.
- As CER devem desempenhar um papel chave na mobilização dos seus estados-membros para reforçar os compromissos ligados aos gastos com a saúde em geral e assegurar-se de que os governos tenham rubricas orçamentárias específicas para a Saúde Sexual e Reprodutiva e a maternidade segura, bem como para que se comprometam a tomar a principal responsabilidade em financiar e gerir tais programas no tempo devido.

Referências bibliográficas

Population Reference Bureau. (2010). *2010 World Population Data Sheet*, Washington DC, Population Reference Bureau

Population Reference Bureau. (2011). *Population, Development, and Family Planning in Francophone West Africa: The Urgency for Action*. Encontrado em: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/news/popdev_confoutcome.pdf.

Progress for Children, A Report Card on Adolescents; N° 10, Abril de 2010 - http://www.childinfo.org/files/PFC2012_A_report_card_on_adolescents.pdf

Singh, S. et al. (2009). *Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. Nova Iorque: Instituto Guttmacher e Fundo de População das Nações Unidas.

Sulzbach, S., Garshong, B., & Owusu-Banahene, G. (2005). *Evaluating the Effects of the National Health Insurance Act: Baseline Report*. Relatório preparado pela USAID e Partners in Health Reform Plus.

FNUAP. (2009). *What Would it Take to Accelerate Fertility Decline in the Least Developed Countries? Policy Brief N°1*. Encontrado em: http://www.un.org/esa/population/publications/UNPD_policybriefs/UNPD_policy_brief1.pdf

UNICEF. (2005). *Early Marriage: A Harmful Traditional Practice: a Statistical Exploration*. Nova Iorque: NY.

USAID. (2006). *Contraceptive Security: Practical Experience in Improving Global, Regional, National and Local Product Availability*. Disponível no: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADI960.pdf.

Banco Mundial. (2011). *Reproductive Health at a Glance: Ghana*. Encontrado em: <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1303736328719/Ghana41411web.pdf>.

OMS. (2007). *Adolescent pregnancy – Unmet Needs and Undone Deeds: A review of the Literature and Programs*. Genebra: OMS.

OMS. (2010). *Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health*, disponível no: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf.

OMS, UNICEF, FNUAP, & Banco Mundial. (2010). *Tendências da mortalidade materna: 1990-2008*. Genebra (Suíça): Revista da OMS

A Federação Internacional de Planeamento Familiar – região Africana e o Instituto Africano para a Política de Desenvolvimento (AFIDEP). (2011). “*Enhancing Progress towards Universal Access to Reproductive Health and Safe Motherhood in Eastern Africa – Policy Brief*”. Nairobi: Quênia.

Hill K, et al. *Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data*. Lancet, 2007, 370(9595):1311-1319.

OMS/UNICEF/FNUAP/Banco Mundial. *Mortalidade Materna em 2005. Cálculos elaborados pela OMS, UNICEF, FNUAP e Banco Mundial*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2007.

Hogan MC, et al. *Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5*. Lancet, 2010, 375(9726):1609-1623.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Vol. 1: Tabular list. Vol. 2: Instruction manual. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1992.

Horon IL. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *Jornal Americano da Saúde Pública*, 2005, 95:478-482.

Kao S, Chen LM, Shi L, Weinrich MC. Underreporting and misclassification of maternal mortality in Taiwan. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1997, 76:629-636.

Deneux-Tharaux C, et al. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstetrics and Gynecology*, 2005, 106:684-692.

Karimian-Teherani D, et al. Under-reporting of direct and indirect obstetrical deaths in Austria. 1980-98. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2002, 81:323-327.

Chang J, et al. *Pregnancy-related mortality surveillance*. Estados Unidos, 1991-1999. *MMWR Surveillance Summaries*, 2003, 52:1-8.

Lewis G, ed. *Pesquisa Confidencial sobre a Saúde Materna e da Criança (CEMACH). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2003–2005. The seventh report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*. Londres, CEMACH, 2007.

Lewis G ed. *Why mothers die 2000–2002: the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*. Londres, Jornal da RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), 2004.

Global economic prospects. Crisis, finance, and growth 2010. Washington, DC, Banco Mundial, 2010.

Heston A, Summers R, Aten B. *Penn World Table Version 6.3*, Center for International Comparisons of Production, Income and Prices at the University of Pennsylvania, 2009.

Stanton C, Abderrahim N, Hill K. An assessment of DHS maternal mortality indicators. *Estudos de Planeamento Familiar*, 2000, 31:111-123.

Organização Mundial da Saúde. *Global burden of disease* (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html acessado em 1 de Julho de 2010).

Gelman A, Hill J. *Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models*. Jornal da Universidade de Cambridge, Cambridge, 2006.

Bates D, Martin Maechler M. *lme4: linear mixed-effects models using S4 classes. R package version 0.999375-32/r527*, 2009.

R Development Core Team. *R: a language and environment for statistical computing*. Viena, Áustria, R Foundation for Statistical Computing, 2009.

Gray R, et al. Population-Based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda. *Lancet*, 1998, 351:98–103.

Lee L, et al. Duration of Human immunodeficiency virus infection and likelihood of giving birth in a Medicaid population in Maryland. *Jornal Americano de Epidemiologia*, 2000, 151:1020–1028.

Terceira N, Gregson S, Zaba B, Mason P. The contribution of VIH to fertility decline in rural Zimbabwe, 1985–2000. *Estudos populacionais*, 2003, 57:149–164.

Wilmoth J. The lifetime risk of maternal mortality: concept and measurement. *Boletim da OMS*, 2009, 87:256-262.

Relatório dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2010. Nova Iorque, Nações Unidas, 2010.

Secretário-geral das Nações Unidas Ban Ki-moon. *Global strategy for women's and children's health*, 2010, na imprensa.

Contagem regressiva para 2015, relatório 2012 <http://www.countdown2015mnch.org/>

Lawn JE e Kerber, KJ. Ed. Oportunidades para os recém-nascidos em África. PMNCH (Parceria pela Saúde Materna, Neonatal e Infantil), 2006, <http://www.who.int/pmnch/media/publications/africanewborns/en/index.html>

UNICEF. 2012. Monitoring the situation of children and women. www.childinfo.org.

UNICEF, OMS, Banco Mundial, Divisão da População das Nações Unidas. 2011. Relatório dos Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil. Genebra: UNICEF.

OMS. *Born Too Soon, Global Action Report on Preterm Birth*, eds Howson C, Kinney M, Lawn J. OMS, Genebra 2012. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html

Maternal and Child Health: Obstetric Fistula; A Devastating Injury
http://www.usaid.gov/our_work/global_health/mch/mh/techareas/fistula.html

AFRICAN UNION UNION AFRICAINE

African Union Common Repository

<http://archives.au.int>

Organs

Council of Ministers & Executive Council Collection

2012

Progress Report of the commission on maternal new born and child health

African Union

African Union

<http://archives.au.int/handle/123456789/4239>

Downloaded from African Union Common Repository